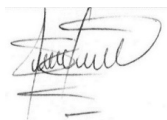


LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALDO MARIO ALVAREZ NEGRETE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1002132552**, se encuentra afiliado/a desde **06/01/2026** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de febrero de 2026.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

| 1. DATOS DEL TRÁMITE                                                                                                            |  | 2. Tipo de Afiliación                                              |  | 3. Régimen                            |  | 4. Contribución solidaria         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| A. Afiliación B. Reporte de Novedades                                                                                           |  | A. Individual B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio           |  | A. Contributivo B. Subsidado          |  | Si No                             |  |
| 5. Tipo de Afiliado A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional                                     |  | 6. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado |  | 7. Código (a registrar por la EPS)    |  |                                   |  |
| <b>8. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)</b> |  |                                                                    |  |                                       |  |                                   |  |
| 8. Apellidos y nombres                                                                                                          |  | 9. Tipo de documento de Identidad                                  |  | 10. Número del documento de Identidad |  | 11. Sexo biológico                |  |
| Alvaroz                                                                                                                         |  | C.C.                                                               |  | 1.002.132.552                         |  | Femenino Masculino X              |  |
| 12. Sexo Identificación                                                                                                         |  | 13. Nacionalidad                                                   |  | 14. Lugar de nacimiento               |  | 15. Fecha de nacimiento           |  |
| F M T NB Otro                                                                                                                   |  | Colombiano                                                         |  | Barranquilla Colombia Atlántico       |  | 19/12/2001                        |  |
| <b>9. DATOS COMPLEMENTARIOS</b>                                                                                                 |  |                                                                    |  |                                       |  |                                   |  |
| 16. Etnia                                                                                                                       |  | 17. Comunidad                                                      |  | 18. Discapacidad                      |  | 19. Tiene encuesta SISBEN         |  |
|                                                                                                                                 |  |                                                                    |  | S. No                                 |  | Si No                             |  |
| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL                                                                                   |  | 23. Administradora de Pensiones                                    |  | 24. Ingreso base de cotización - IBC  |  | 25. Tarifa Contribución Solidaria |  |
|                                                                                                                                 |  |                                                                    |  | 2.000.000                             |  |                                   |  |
| 26. Residencia Dirección                                                                                                        |  | 27. Correo Electrónico                                             |  | 28. Teléfono Fijo                     |  |                                   |  |
| Cra 42D #83-133                                                                                                                 |  | aldomario00@hotmail.com                                            |  |                                       |  |                                   |  |
| 29. Municipio / Distrito                                                                                                        |  | 30. Localidad / Comuna                                             |  | 31. Zona                              |  | 32. Tipo de Población             |  |
| Atlántico                                                                                                                       |  | Barranquilla                                                       |  | Cabecera Municipal                    |  | Rural Disperso                    |  |
| <b>10. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR</b>                                                          |  |                                                                    |  |                                       |  |                                   |  |
| Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante                                             |  |                                                                    |  |                                       |  |                                   |  |
| 27. Apellidos y nombres                                                                                                         |  | 28. Tipo de documento de Identidad                                 |  | 29. Número del documento de Identidad |  | 30. Sexo biológico                |  |
|                                                                                                                                 |  |                                                                    |  |                                       |  | Femenino Masculino                |  |
| 31. Sexo Identificación                                                                                                         |  | 32. Nacionalidad                                                   |  | 33. Lugar de nacimiento               |  | 34. Fecha de nacimiento           |  |
| F M T NB Otro                                                                                                                   |  |                                                                    |  |                                       |  |                                   |  |
| Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales                                             |  |                                                                    |  |                                       |  |                                   |  |
| 35. Apellidos y nombres                                                                                                         |  | 36. Tipo de documento de Identidad                                 |  | 37. Número del documento de Identidad |  | 38. Nacionalidad                  |  |
|                                                                                                                                 |  |                                                                    |  |                                       |  |                                   |  |
| 39. Sexo biológico                                                                                                              |  | 40. Sexo Identificación                                            |  | 41. Lugar de nacimiento               |  | 42. Fecha de nacimiento           |  |
| F M T NB Otro                                                                                                                   |  | F M T NB Otro                                                      |  |                                       |  |                                   |  |
| Datos complementarios del Beneficiario                                                                                          |  |                                                                    |  |                                       |  |                                   |  |
| 43. Parentesco                                                                                                                  |  | 44. Etnia                                                          |  | 45. Comunidad                         |  | 46. Grupo de población especial   |  |
|                                                                                                                                 |  |                                                                    |  |                                       |  |                                   |  |
| 47. Tiene encuesta SISBEN                                                                                                       |  | 48. Discapacidad                                                   |  | 49. Incapacidad permanente            |  |                                   |  |
| Si No                                                                                                                           |  | Si No                                                              |  | Si No                                 |  |                                   |  |
| 51. Datos de residencia                                                                                                         |  |                                                                    |  |                                       |  |                                   |  |
| Departamento                                                                                                                    |  | Municipio / Distrito                                               |  | Zona                                  |  | Teléfono fijo y/o celular         |  |
|                                                                                                                                 |  |                                                                    |  |                                       |  |                                   |  |
| 52. Valor de la UPC del afiliado adicional a registrar por la EPS                                                               |  |                                                                    |  |                                       |  |                                   |  |





ANEXO COMPROMISO EN CONCEPTO  
MTC-000.001.14.004

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO  
Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado

Aldo Mario Alvarez Negrete

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?

¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?

¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?

Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?

¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?

|                                     |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|
| SI                                  | NO                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Aldo Mario Alvarez Negrete

Firma del Afiliado

Documento de Identidad 1002132562

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) \_\_\_\_\_, quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el señor(a) \_\_\_\_\_, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) \_\_\_\_\_

El firmante a ruego

Huella índice

Nombres y Apellidos:

Documento de Identidad:

Educación:

Dirección de domicilio:

Nombre de la persona que no sabe firmar

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

Aldo Mario Alvarez Negrete

Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 37590000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en [www.epssanitas.com](http://www.epssanitas.com).

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros: contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi estado de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: [www.epssanitas.com](http://www.epssanitas.com). Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma:

Aldo Mario Alvarez Negrete

Nombre:

Aldo Mario Alvarez Negrete

Identificación:

1002132552

Fecha:

06/01/2026





|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS                                                                                                                                                                                                             |  | 54. Código de la IPS (registrar por la EPS)                                               |  |
| C                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 27841013863                                                                               |  |
| 55. Nombre o razón social                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 56. Tipo documento de identificación                                                      |  |
| 57. Número del documento de identificación                                                                                                                                                                                                                                      |  | 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)                     |  |
| 59. Ubicación Dirección                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Teléfono fijo o Celular                                                                   |  |
| Correo Electrónico                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Departamento                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Municipio / Distrito                                                                      |  |
| 60. Tipo de Novedad                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 7. Inscripción de beneficiarios o de aliados adicionales.                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de aliados adicionales.                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                           |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.                                                                                                                                                                    |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.                                                                                                                                                             |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                                                                                                                                                                        |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                                                                                                                                                                    |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidado                                                                                                                                          |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen                                                                                                                                                  |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                           |  |
| VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                           |  |
| 61. Datos básicos de identificación                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                           |  |
| Primer Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Segundo Apellido                                                                          |  |
| Primer Nombre                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Segundo Nombre                                                                            |  |
| Tipo de documento de identidad                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Número del documento de identidad                                                         |  |
| 62. Sexo biológico                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 63. Sexo identificación                                                                   |  |
| Femenino Masculino                                                                                                                                                                                                                                                              |  | F M T NO Otro                                                                             |  |
| 64. Fecha de nacimiento                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 65. EPS anterior                                                                          |  |
| 66. Fecha de novedad                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 67. Motivo de traslado                                                                    |  |
| 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones                                                                                                                                                                                                                        |  | Código                                                                                    |  |
| VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y aliados adicionales.                                                                                                                                                                 |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.                                                                                                                                                     |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impliquen la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.                                                                                       |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 72. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o aliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.                                                                                          |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o aliados adicionales.                                                                               |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.                               |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o aliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1712 de 2014 y el Decreto 1377 de 2014.                              |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.                                                                                                                                          |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.                                                                                                                                |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas de Contribución Solidaria, según la encuesta del Sábón vigente.                                                                                                                    |  |                                                                                           |  |
| VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                           |  |
| 79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria                                                                                                                   |  |                                                                                           |  |
| Primer Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Segundo Apellido                                                                          |  |
| Primer Nombre                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Segundo Nombre                                                                            |  |
| Tipo de documento de identidad                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Número del documento de identidad                                                         |  |
| IX. FIRMAS                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                           |  |
| 80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o aliado adicional                                                                                                                                                                                            |  | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio |  |
| 82. Anexos                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Total Anexos                                                                              |  |
| <input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad                                                                                                                                                                                                             |  | Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT                    |  |
| <input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.                                                                                                                                                                  |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.                                                                                                         |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.                                                              |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.                                                                                                |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                                                                                                                                                       |  |                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.                                                                                        |  |                                                                                           |  |
| X. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN ESPECIAL                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                           |  |
| 82. Identificación de la Entidad Territorial                                                                                                                                                                                                                                    |  | 83. Nombre de la Institución                                                              |  |
| Código del municipio                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Código del departamento                                                                   |  |
| XI. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN ESPECIAL                                                                                                                                                                   |  |                                                                                           |  |
| 84. Apellidos y nombres                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 85. Firma del funcionario                                                                 |  |
| Primer Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Segundo Apellido                                                                          |  |
| Primer Nombre                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Segundo Nombre                                                                            |  |
| Tipo de documento de identidad                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Número del documento de identidad                                                         |  |
| 86. Fecha de radicación                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 87. Fecha de validación                                                                   |  |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                           |  |
| Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información declarada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.                                                                                                  |  |                                                                                           |  |
| Diciembre 2016                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Sticker procesamiento                                                                     |  |